Nous apprécions votre point de vue en tant que patient et nous aimerions obtenir votre aide. Dans notre clinique, nous formons des résidents qui deviendront médecins de famille. La communication et le professionnalisme sont des compétences importantes pour un médecin de famille.

Veuillez nous aider en remplissant ce formulaire afin que le résident qui travaille avec vous puisse continuer à améliorer ses compétences. Votre identité restera confidentielle. Le présent formulaire sera remis au responsable de l’enseignement de votre résident.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du résident : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Veuillez encercler le chiffre qui convient à votre réponse** | | | | | | | | | |
| **Je remplis ce formulaire pour …** | | | 1 = Moi-même | | 2 = Pour un proche | | | 3 = Pour un enfant | |
| **J’ai vu ce résident …** | 1 = une fois | | | 2 = entre 2 et 4 fois | | 3 = plus de cinq fois | | | 4 = plus de 10 fois |
| **La visite d’aujourd’hui était principalement pour …** | | | | | | | | | |
| 1 = nouveau problème | | 2 = le suivi d’un problème de santé | | | | | 3 = une combinaison de problèmes nouveaux et anciens | | |
| 4 = remplir des formulaires | | 5 = examen de routine | | | | | 6 = autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aujourd’hui, lors de la visite médicale … Encerclez oui ou non ou ne s’applique | | | |
| 1. J’ai été accueilli.e par le résident d’une manière qui m’a fait sentir confortable | Oui | Non |  |
| 1. J’ai pu exprimer librement la ou les raisons de ma visite | Oui | Non |  |
| 1. Mes inquiétudes ont été adressées | Oui | Non | Ne s’applique pas |
| 1. J’ai été bien compris | Oui | Non |  |
| 1. J’ai compris l’essentiel de la discussion (vocabulaire adapté) | Oui | Non |  |
| 1. J’ai été traité.e de manière respectueuse | Oui | Non |  |
| 1. J’ai pu poser mes questions | Oui | Non | Ne s’applique pas |
| 1. J’ai pu donner mon opinion sur mon traitement et/ou sur les recommandations proposées | Oui | Non |  |
| 1. Je me suis senti.e à l’aise durant l’examen physique | Oui | Non | Ne s’applique pas |

|  |
| --- |
| Commentaires ciblés |
| CONTINUER : Identifiez tout ce que le résident a bien fait |
| AMÉLIORER : Avez-vous une suggestion pour le résident ? |
| Autres commentaires |

**Merci pour votre précieuse collaboration !**

*Adapté du questionnaire validé CAT et du formulaire de rétroaction de TWH Family Health Team*